



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Tecnologia e Ciências Sociais Aplicadas – FATECS
Curso de Ciências Contábeis
Linha de Pesquisa: Gasto Público
Área: Controladoria Governamental

CAMILLE CANEDO AFONSO
RA. 21245126

ANÁLISE DA QUALIDADE DA ALOÇÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS DOS
ESTADOS DA FEDERAÇÃO: UM ESTUDO NA ÁREA DA SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL

Brasília
2015

CAMILLE CANEDO AFONSO

ANÁLISE DA QUALIDADE DA ALOCAÇÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS DOS
ESTADOS DA FEDERAÇÃO: UM ESTUDO NA ÁREA DA SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL

Trabalho de conclusão de curso (TCC)
apresentado como um dos requisitos para a
conclusão do curso de Ciências Contábeis
do Centro Universitário de Brasília
(UniCEUB).

Orientador: Prof. Antônio Eustáquio Corrêa
da Costa.

Brasília
2015

CAMILLE CANEDO AFONSO

ANÁLISE DA QUALIDADE DA ALOCAÇÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS DOS
ESTADOS DA FEDERAÇÃO: UM ESTUDO NA ÁREA DA SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL

Trabalho de conclusão de curso (TCC)
apresentado como um dos requisitos para a
conclusão do curso de Ciências Contábeis
do Centro Universitário de Brasília
(UniCEUB).

Orientador: Prof. Antônio Eustáquio Corrêa
da Costa.

Banca examinadora:

Brasília, 25 de novembro de 2015.

Prof. Antônio Eustáquio Corrêa da Costa.

Prof. Romildo Araújo da Silva.

Prof. Gladston Guimarães Naves.

Brasília
2015

RESUMO

A finalidade do presente trabalho foi analisar a qualidade dos recursos alocados na área da saúde do Distrito Federal. O estudo foi feito através do método do Índice de Qualidade do Gasto Público, e se fez necessário expandir a todos os estados para fins de comparação entre os resultados. Contudo, realizou-se também cálculos que visualizam o nível de gestão (Índice de Bem-Estar) e o nível de gasto realizado (Índice de Insumo). A pesquisa se delimita em descritiva, por consistir em uma análise do nível de qualidade da alocação de recursos. A metodologia utilizada para a realização do trabalho em questão pode ser classificada como pesquisa bibliográfica, por ser um tema recorrente, pesquisa documental, pela coleta de dados realizadas para tal, e com uma abordagem quantitativa. São apresentados resultados de todos as unidades federativas, porém com enfoque maior no Distrito Federal. O resultado do DF portanto, consistiu em um IQGP de 0,85, sendo esse o seu nível em relação aos demais estados, pois, realiza-se, a cada 0,67 do índice de resultado, R\$ 0,79 de gasto público. Assim, por ser um resultado abaixo de um, considerou-se então, o Distrito Federal como ineficiente no que tange a alocação de seus recursos.

Palavras-chave: Gasto Público; Gasto Social; Qualidade do Gasto Público.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, as constantes reivindicações por melhorias de serviços têm tomado proporções midiáticas. Greves, paralisações e protestos têm se tornado corriqueiros, uma vez que o resultado para com a sociedade não é páreo para o déficit orçamentário apresentado.

O principal estopim dessas reclamações se dá através de uma alta carga tributária. Ora, a sociedade contribui a espera de serviços, principalmente os básicos, que possam vir a melhorar as condições de bem-estar. Caso seja apresentado um resultado abaixo do esperado, os gestores públicos passam a receber duras críticas, e com isso, procuram, ou ao menos deveriam procurar, ter mais cautela no que tange as suas decisões de investimento, custeio, entre outros.

A solução do problema não consiste somente no aumento dos gastos para determinada função, até porque há limites a serem respeitados que são estipulados no orçamento, justamente para que haja maior planejamento e menos gastos desnecessários. Portanto, surge a preocupação de se fazer “mais com menos” alcançando, mesmo assim, resultados satisfatórios. (MAIA et. al, 2009)

Nesse sentido, revela-se que há uma importância na qualidade de recursos alocados para atender as necessidades básicas da sociedade conseguindo atingir o resultado almejado pela maioria.

Dentre as funções governamentais do Estado encontra-se a saúde, que hoje é uma das áreas de mais precariedade. Rezende (2001, p. 57) ressalta que:

A notória escassez de recursos para um atendimento adequado das carências nacionais, a preferência à medicina curativa em detrimento de ações básicas, os conflitos institucionais, a fragmentação das fontes de financiamento, o descalabro administrativo e a constante indefinição quanto ao papel do Estado e o da iniciativa privada são alguns dos problemas que têm sido apontados pelos analistas do setor.

Por ser uma das prioridades da população, a veracidade desse fato encontra-se na insatisfação apresentada em uma pesquisa feita pelo Datafolha em agosto de 2014 em que aponta que 93% dos eleitores avaliam a saúde, em âmbito geral, como péssimo, ruim ou regular.

Ao se tratar de recursos públicos não se deve deixar de mencionar a Lei de Responsabilidade Fiscal, expressa na Lei Complementar nº 101/00 que institui:

§ 1º A responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites [...].

Contudo, apesar da sociedade obter ferramentas de consulta e controle dos recursos do governo, o nível de qualidade da alocação para saúde e outras funções, não é de fácil compreensão. Ou seja, acaba que todas as divulgações são informações dispersas, e sem sentido para uma fundamentação de argumentos contra ou a favor do sistema.

Diante desse contexto, o presente artigo visa responder a seguinte problemática: **qual o nível de qualidade da aplicação dos recursos públicos na área da saúde pelo governo do DF?**

E, por conseguinte, o objetivo geral foi delimitado em analisar, através do Índice de Qualidade do Gasto Público, o desempenho na prestação de serviço do Distrito Federal na área da saúde quanto aos gastos públicos alocados.

Dessa forma, para alcançar o objetivo geral, foram construídos os seguintes objetivos específicos:

- a) levantar estudos sobre gasto público;
- b) levantar dados referentes a saúde, desde uma contextualização breve, até a forma de financiamento;
- c) definir variáveis relevantes na consecução dos objetivos para fins de cálculo do Índice de Qualidade do Gasto Público;
- d) comparar os resultados do DF com outros estados.

O conceito de qualidade do gasto público adotado neste trabalho está correlacionado com eficiência, sendo esse definido como “capacidade de alcançar os objetivos e as metas programadas com o mínimo de recursos e tempo, conseguindo desta forma a sua otimização.” (PEG, 2009, p. 7).

O estudo se justifica dada a importância em compreender o desempenho, muitas vezes insatisfatórios em funções governamentais básicas em relação ao montante de recursos alocados. Tem em vista tanto o alcance social, como econômico, uma vez que a qualidade em questão é sempre questionada e demandada por todos.

O presente trabalho é composto de cinco tópicos, a contar com a introdução, em que são apresentadas uma breve contextualização, a questão de pesquisa e os objetivos. Por conseguinte, no segundo tópico é apresentado o arcabouço teórico que fundamenta a pesquisa e que abordará os seguintes itens: gasto público, gasto social, saúde no Brasil e Índice de Qualidade do Gasto Público. Já no terceiro tópico será apresentada a metodologia de pesquisa. Na sequência, apresenta-se a análise em si do Índice de Qualidade do Gasto Público. E, por fim, são apresentadas as considerações finais, com as conclusões e as recomendações para pesquisas futuras.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente tópico encarrega-se em apresentar a sustentação teórica para o embasamento do trabalho. Será apresentada aqui a definição de gastos públicos, visto que é o principal objeto do trabalho, seguido do conceito de gasto social, abrangendo no que tange ao sistema de saúde brasileiro e sua forma de financiamento. Por fim, será apresentado o Índice de Qualidade do gasto público, método escolhido para consecução dos objetivos.

2.1 Gastos públicos

Os gastos públicos são saídas de recursos a fim de atender as necessidades da sociedade, melhorar o funcionamento dos serviços públicos e realizar investimentos. Segundo Pires (2002, p. 139) a definição também pode ser compreendida como “complexo da distribuição e do emprego das receitas para custeio de diferentes setores da Administração.”

De acordo com Riani (1997) os gastos representam o custo da quantidade e da qualidade dos serviços e bens oferecidos pelos governos. Levando em consideração essa assertiva pode-se chegar à conclusão de que os gestores podem ter melhor visualização quanto a prioridade de alocação desses recursos, além de claro, contar com a evidenciação da contabilidade pública, já que esses gastos deverão ser fixados no orçamento.

No que diz respeito a classificação, a Lei do Orçamento (Lei nº 4.320/64) determina suas categorias econômicas, sendo elas: despesas correntes e, despesas de capital.

As despesas correntes são “gastos de natureza operacional, realizados pela administração pública, para a manutenção e funcionamento dos seus órgãos.” (Kahoma, 2003, p. 111). Acrescenta-se ainda a afirmativa de Riani (1997), que diz que esses são gastos fixos pelo qual compreendem-se em pagamento de pessoal, consumo, manutenção e além de encargos da dívida pública. Possui duas subcategorias principais: o custeio e as transferências correntes.

Enquanto as despesas de capital, ainda conforme Kahoma (2003, p. 113), conceitua-se como “gastos realizados pela administração pública, cujo propósito é o de criar novos bens de capital ou mesmo de adquirir bens de capital já em uso”, sendo que esses poderão ser adquiridos através de compra ou transferências. Suas subcategorias são compostas por investimentos, inversões financeiras e transferências de capital.

Vale citar ainda os outros tipos de classificação importantes no que tange a organização e compreensão do orçamento. Além de categorizá-los quanto à natureza, os gastos poderão ser segregados da seguinte forma:

Classificação	Finalidade	Categorias
Institucional ou departamental	Evidenciar unidades administrativas responsáveis pela execução da despesa	<ul style="list-style-type: none"> • Órgão: unidade administrativa • Unidade orçamentária: repartição do órgão ou um agrupamento de serviços que se subordinam a determinado órgão.
Funcional	Fornecer as bases para apresentação de dados e estatísticas sobre os gastos públicos nos principais segmentos em que atuam as organizações do Estado.	<ul style="list-style-type: none"> • Função • Subfunção
Por programas	Demonstrar as realizações do governo, o resultado final de seu trabalho em prol da sociedade.	<ul style="list-style-type: none"> • Programa • Projeto • Atividade • Operações Especiais

Fonte: Giacomoni, 2012.

Elaboração: Autora.

Quadro 1: Classificação dos Gastos.

A classificação dos gastos há de ser vista como um papel importante dentro do contexto orçamentário, pois esse traz implicações de diversas ordens, sendo: políticas, administrativas, econômicas, jurídicas, financeiras, contábeis entre outras. (Giacomoni, 2012). E, uma vez segregado o gasto público, os gestores constatarão em que programa, por exemplo, está havendo um dispêndio maior, subsidiando assim, suas decisões governamentais.

Por fim, enfatiza-se que os gastos devem estar de acordo com as metas e atividades de planejamento público e a formulação de políticas sociais nas diferentes áreas de sua atuação, pois assim, comporão objetivos para alcançar

um melhor nível de bem-estar da sociedade. (BRUNET, BERTÉ e BORGES, 2009).

2.1.1 Gasto Social

O gasto social condiz com parte do gasto público destinado ao financiamento de serviços sociais básicos, tais como: saneamento, saúde, educação e cultura, habitação, previdência, trabalho, assistência social, alimentação e nutrição, entre outros serviços voltados para qualidade de vida da sociedade.

Rezende (2001, p. 317) afirma que “uma das formas mais efetivas de atuação do governo, com fim de obter a redução das desigualdades, é promover a expansão dos gastos sociais e sua focalização nas camadas mais pobres da população.”

Isso porque, numa visão superficial, torna mais fácil o acesso dos mais carentes de renda em serviços como saúde, educação e etc., uma vez que esses não teriam condições de arcar com as despesas nos mesmos serviços só que em unidades particulares.

Essa questão pode ser reforçada ainda através da afirmação de uma publicação da 28ª convenção do CEPAL – Comissão Econômica para América Latina (2000, p. 157):

O gasto público social é, sem dúvida, o mais importante instrumento através do qual o Estado tem influência sobre a distribuição de recurso, particularmente na distribuição secundária, enquanto que, a longo prazo, um maior investimento em capital humano pode ter efeito em alguns dos fatores estruturais que influenciam sua distribuição primária. O impacto distributivo das despesas sociais dependerá do seu tamanho, distribuição e financiamento, bem como de sua estabilidade e da eficiência no uso dos recursos correspondentes. *

* Texto original: *El gasto público social es, sin duda, el instrumento más importante por medio del cual el Estado influye sobre la distribución del ingreso, particularmente en su distribución secundaria, a la vez que, a largo plazo, la mayor inversión en capital humano permite incidir en algunos de los factores estructurales que influyen en su distribución primaria. El impacto distributivo del gasto social dependerá de su magnitud, su distribución y su financiamiento, así como de su estabilidad y de la eficiencia en el uso de los recursos correspondientes.*

Afirmação essa que evidencia transferências de recursos do estado para a sociedade (distribuição secundária). Um exemplo visto na realidade brasileira são programas sociais, tais como Bolsa Família.

2.2 Breve contexto da saúde no Brasil e sua forma de financiamento

A precedência do atual sistema de saúde brasileiro se caracterizava segundo Paim (2009) um “não-sistema” autoritário, injusto, corrupto e centralizado. Somente trabalhadores, contribuintes da previdência social, que tinham acesso ao sistema e os demais ficavam por arcar com suas próprias despesas ou buscar atendimentos em instituições filantrópicas-religiosas. Após um certo período, houve uma reestruturação do Ministério da Saúde, onde se constituiu a Secretaria Nacional de Saúde, assim dando os primeiros passos para se tornar um sistema de saúde universal, com atendimento voltado à toda população.

No ápice dessa árdua situação brasileira, surgiram movimentos sociais a favor da democratização da saúde. Assim, logo que a Constituição Federal de 1988 fora promulgada institui-se que “[...] a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (Art. 196, CF/88), surgindo a possibilidade de se implementar uma ideia que já vinha sendo discutida desde o regime militar: o Sistema Único de Saúde (SUS).

Como homologação do sistema, a Lei Orgânica nº 8.080/90 apresenta suas características e diretrizes, e assim, designando o SUS como “[...] conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.” (Art. 4º, Título II).

O financiamento da saúde consiste na proveniência de recursos das três esferas governamentais. A Emenda Constitucional nº 29/00 impõe que deverá ser investidos na saúde os seguintes percentuais de suas Receitas Correntes Líquidas: 12% no caso da união, 12% no caso dos Estados e 15% no caso dos municípios. Lembrando que a receita corrente líquida nada mais é que o somatório das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais,

agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes. (Art. 2º, IV, Lei Complementar nº 101/00).

Contempla-se assim o Orçamento de Seguridade Social, onde se estima receitas a serem arrecadadas e fixa os gastos a serem realizados. Por sua vez, a Seguridade Social consta como um “conjunto de ações estatais que compreende a proteção dos direitos relativos à saúde, previdência social e assistência social.” (Art. 194, CF/88).

Quanto à gestão, cabe salientar que o artigo 198, da Constituição Federal de 1988, prevê que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo [...]

Ou seja, as decisões do SUS são tomadas em cada município, e estado por meio das respectivas secretarias de saúde, assim ordenando seus próprios recursos e os recursos repassados pela União em ações e serviços de saúde. (PAIM, 2009).

Ainda assim “o governo federal estabelece normas e age como coordenador das ações dos entes federativos, buscando a concretização do atendimento universal, equitativo e integral ao cidadão.” (Varela, 2008, p. 9). Portanto, o SUS está presente em todas as três esferas de governo, para maior alcance em território nacional.

2.3 Índice de Qualidade do Gasto Público - IQGP

O Índice de Qualidade do gasto público permite a avaliação do retorno obtido pela população de determinada função através da comparação entre o gasto total realizado dos estados e é auferido conforme Brunet, Bertê e Borges (2007) pela seguinte fórmula:

$$IQGP = \frac{\text{Índice de Bem Estar}}{\text{Índice de Insumo}}$$

Os autores frisam a importância de comparar os resultados obtidos por outras unidades/estados com o resultado da unidade/estado analisado, a fim de conhecer o seu desempenho individual, uma vez que deva ter um parâmetro a ser verificado.

O Índice de Bem Estar é medido através da ponderação dos indicadores sociais, sendo que o resultado varia num intervalo de zero a um e condiz com o nível do resultado da gestão. Sua determinação será dada por:

$$IBE = \frac{[(EB_1 - M_1)/\sigma_1] + [(EB_2 - M_2)/\sigma_2] + \dots + [(EB_n - M_n)/\sigma_n]}{m}$$

Onde:

- **EB** é o escore bruto de um indicador da função selecionada de determinado estado.
- **M** é a média dos escores brutos dos estados.
- **σ** é o desvio padrão dos EB.
- **m** é o número total de indicadores selecionados.

Importante ressaltar que o índice em questão não equivale a qualidade de vida da população, e sim ao posicionamento do estado em relação aos demais pela referida ponderação. (BORGES, 2010).

Por conseguinte, o Índice de Insumo representa a “quantidade de recursos financeiros alocados nas funções dos orçamentos selecionadas.” (Brunet, Bertê e Borges, 2007, pág. 5). No caso, representa a variação das despesas alocadas num intervalo de zero a um, sendo que ao alcançarem essas proximidades significam, respectivamente, menor despesa realizada e maior despesa realizada. A obtenção desse índice será através da seguinte fórmula:

$$II = \frac{[DPC - M]}{\sigma}$$

Onde:

- **DPC** é a despesa *per capita* na função selecionada de um determinado estado.

- **M** e **σ** são, respectivamente, a média e o desvio padrão da despesa *per capita* de todos os estados.

Após os devidos cálculos, o IQGP poderá alcançar um resultado inferior a um, o que representa menor qualidade do gasto público ou superior a um, que condiz com o gasto público de qualidade e resultados satisfatórios.

Quanto as limitações do método, Borges (2010) lista alguns deles, tais como:

- a) não leva em consideração as particularidades de cada estado;
- b) não considera os investimentos da esfera estadual e federal;
- c) por considerar variáveis do mesmo ano, não leva em consideração que o resultado obtido pela saúde poderá ser a longo prazo;
- d) as variáveis selecionadas em si não apresentam melhor qualidade de vida da população, e;
- e) apresenta somente a situação do momento em que é feita a pesquisa, não constituindo um histórico dos estados.

Contudo, o método apresenta vantagens por ser fácil na hora da construção e na hora da interpretação, uma vez que unidade/estado com maior IQGP obtêm um maior retorno na utilização dos recursos públicos, ou seja, a qualidade do seu gasto público é melhor. (Brunet, Bertê e Borges, 2007).

3 METODOLOGIA

Nesse tópico será evidenciado a metodologia adotada que, segundo Silva (2003, apud DEMO, 2001, pág. 19) é uma preocupação instrumental que trata das formas de se fazer ciência.

No tocante a pesquisa, ressalta-se a definição de que é um procedimento com objetivo de prover respostas aos problemas apresentados de modo racional e sistemático (Gil, 2002). Esse pensamento pode ser complementado ainda pela citação de Beuren (2003) que faz sobre pesquisa de Minayo (1994, pg. 25) em que diz:

A pesquisa é um labor artesanal, que não prescinde da criatividade, se realiza fundamentalmente por uma linguagem fundada em conceitos, proposições, métodos e técnicas, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular.

Segundo Gil (2002) a pesquisa pode ser classificada, quanto aos seus objetivos, em: exploratória, descritiva e/ou explicativa. As pesquisas exploratórias associam-se com aprimoramento de ideias e descoberta de intuições; as descritivas objetivam a descrição de determinada população ou fenômeno; e, por fim, as explicativas elucidam fatores que contribuem para ocorrência dos fenômenos. Dessa forma, delimitou-se esta pesquisa como descritiva por consistir em uma análise do nível de qualidade da alocação dos recursos públicos.

Quanto à realização da pesquisa, adotou-se a Pesquisa Bibliográfica, considerando que o tema é bastante recorrente em artigos científicos, mesmo sendo análises em outras áreas e utilizando outros métodos e, a Pesquisa Documental, devido a coleta de indicadores sociais de resultado. Em um segundo momento, foi realizado o estudo de caso que tem por característica “proporcionar uma visão global do problema ou identificar possíveis fatores que influenciam ou são por ele influenciados.” (Gil, 2002). O estudo foi realizado na área da saúde no estado do Distrito Federal.

No que tange a abordagem do problema, optou-se por quantitativa por se tratar de uma análise decorrente de instrumento estatístico, uma vez que, para consecução do objetivo deste trabalho foi aplicado o Índice de Qualidade do Gasto Público – IQGP, um método elaborado por Brunet, Bertê e Borges (2007)

apresentado no artigo “Estudo comparativo das despesas públicas dos Estados Brasileiros: um índice de qualidade do gasto público.”

Os procedimentos para realização desta pesquisa tiveram início no levantamento bibliográfico sobre os gastos públicos, gastos sociais, o Índice de Qualidade do Gasto Público, além do levantamento referente ao sistema de saúde brasileiro.

Como o método adotado para consecução do objetivo trata de uma comparação entre uma variável escolhida da análise, no caso o Distrito Federal, com outras variáveis, optou-se em analisar o estudo com todos os estados brasileiros.

Por conseguinte, a definição dos indicadores para realização do cálculo do Índice de Bem-Estar, que compõe o IQGP, consistiu em:

Indicadores	Observação
Taxa de incidência AIDS	Número de casos novos confirmados de síndrome de imunodeficiência adquirida, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Taxa de incidência dengue	Número de casos novos confirmados de dengue, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Taxa de incidência tuberculose	Número de casos novos confirmados de tuberculose, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Mortalidade neonatal precoce	Número de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Mortalidade materna	Participação relativa (%) das causas obstétricas diretas,
Crianças com baixo peso ao nascer	Percentual de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, de mães residentes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Cobertura de consulta pré-natal	Distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos segundo o número de consultas de pré-natal. (7 ou mais consultas).
Expectativa de vida	Número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico.

Fonte: DataSUS.

Elaboração: Autora.

Quadro 2: Indicadores de resultado da saúde.

Os indicadores citados estão presentes no estudos de Brunet, Bertê e Borges (2007) e Borges (2010). A definição de um indicador social consiste em “um recurso metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando na mesma.” (Januzzi, 2001, p. 2). Portanto, justifica-se a escolha desses indicadores por serem relevantes na área da saúde.

Como os indicadores e a despesa *per capita* devem ser do mesmo ano, a coleta de dados se tornou a maior objeção do trabalho. De início, optou-se em analisar a saúde em seu ano mais recente. Porém, os dados referentes a mortalidade só estavam disponíveis até 2011. Isso se deve ao fato de que municípios menores demoram, ou não possui um sistema de software para encaminhar os dados ao Ministério da Saúde, impossibilitando assim, os devidos cálculos.

Assim, após as considerações feitas acima, o objetivo do presente trabalho consiste em obter conhecimento sobre o nível de qualidade da alocação dos recursos públicos na área da saúde no Distrito Federal.

5 DESCRIÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Nesse tópico será apresentada a análise e o resultado de pesquisa, sendo essa uma réplica do trabalho de Brunet, Bertê e Borges (2007), cujo objetivo é avaliar a qualidade do gasto público na função da área da saúde.

Conforme dito anteriormente, ao utilizar o IQGP, se faz necessário o conhecimento das outras unidades federativas, uma vez que esse dá a disponibilidade de se compor um ranking, permitindo assim descobrir um nível do Índice de Insumo e Bem-Estar social, como também o nível da qualidade do gasto público. Portanto, a análise observa os resultados de todos os 27 estados brasileiros, porém, com enfoque maior no Distrito Federal, visto que esse é o objeto de estudo do artigo.

Na Tabela 1 é apresentado o Índice de Bem-Estar onde é possível observar os resultados alcançados pelos estados através dos indicadores de saúde previamente selecionados, sendo eles: taxa de incidência de AIDS, taxa de incidência de dengue, taxa incidência de tuberculose, mortalidade neonatal precoce, mortalidade materna – causas diretas, percentual de crianças com baixo peso ao nascer, cobertura de consultas de pré-natal – 7 ou mais consultas e expectativa de vida.

Os indicadores poderão ter comportamento negativos ou positivos, dependendo da sua natureza. Ou seja, um indicador positivo equivale a bem-estar, qualidade de vida; ao contrário do negativo, que refere-se a mortalidade e morbidade.

Tabela 1: Índice de Bem-Estar na área da saúde - 2011.

UF	SOMA DOS ESCORES	ÍNDICE DE BEM-ESTAR	RANKING
PR	5,6931	0,71	1
SC	5,4009	0,68	2
DF	5,3866	0,67	3
MG	5,1680	0,65	4
TO	4,9987	0,62	5
SP	4,9841	0,62	6
GO	4,8822	0,61	7
ES	4,8481	0,61	8
RS	4,7256	0,59	9
MS	4,7261	0,59	10
PB	4,7143	0,59	11
MT	4,2155	0,53	12
BA	4,1632	0,52	13
RN	4,0794	0,51	14
CE	3,9815	0,50	15
PE	3,9608	0,50	16
AL	3,7958	0,47	17
PI	3,7513	0,47	18
SE	3,6540	0,46	19
RO	3,6564	0,46	20
RJ	3,5601	0,45	21
RR	3,5570	0,44	22
MA	3,0812	0,39	23
AC	2,7265	0,34	24
AP	2,6771	0,33	25
PA	2,5478	0,32	26
AM	2,2686	0,28	27

Fonte: DataSUS.

Elaboração: Autora.

A soma dos escores representa a soma de todos os escores padronizados dos indicadores da saúde de seu respectivo estado. Por conseguinte, dividiu-se pelo número de indicadores selecionados para análise, no caso oito, resultando assim o Índice de Bem-Estar. O estado que melhor apresentou resultado, foi o Paraná, no qual se obteve um retorno social de 0,71, ou seja, aparentemente alcançou o melhor nível de resultado.

Já o Distrito Federal ocupou o terceiro lugar do *ranking*, sendo seu resultado de 0,67, cerca de 5.9% abaixo do melhor nível de resultado.

Já a Tabela 2 trata da despesa *per capita* realizada no ano de 2011 dos estados. O *ranking* segue em ordem decrescente, mesmo que, aparentemente, a menor quantidade de insumo possa apresentar melhor resultado no IQGP.

Tabela 2: Índice de Insumo na área da saúde – 2011.

UF	DESPESA PER CAPITA	EP	ÍNDICE DE INSUMO	RANKING
TO	1022,02	2,03	0,98	1
RR	978,93	1,73	0,96	2
AC	966,43	1,65	0,95	3
MS	883,44	1,08	0,86	4
SP	872,52	1,01	0,84	5
DF	843,41	0,81	0,79	6
AP	815,45	0,62	0,73	7
AM	814,17	0,61	0,73	8
RJ	805,63	0,55	0,71	9
ES	781,23	0,38	0,65	10
RO	746,75	0,15	0,56	11
RN	746,77	0,15	0,56	12
SC	723,50	-0,01	0,50	13
RS	717,20	-0,05	0,48	14
MT	712,13	-0,09	0,46	15
SE	702,39	-0,15	0,44	16
MG	681,98	-0,29	0,39	17
PR	669,12	-0,38	0,35	18
PE	640,38	-0,58	0,28	19
PB	612,01	-0,77	0,22	20
CE	601,54	-0,84	0,20	21
PI	590,21	-0,92	0,18	22
AL	570,83	-1,05	0,15	23
BA	560,88	-1,12	0,13	24
GO	549,12	-1,20	0,12	25
MA	512,87	-1,45	0,07	26
PA	452,17	-1,86	0,03	27

Fonte: DataSUS.

Elaboração: Autora.

A maior despesa *per capita* realizada foi do estado de Tocantins, o qual alcançou um índice de 0,98.

Evidencia-se o resultado do Distrito Federal, sendo sua despesa *per capita* igual a R\$ 843,41. Entretanto, ao calcular o escore padronizado, foi identificado

sua posição em relação aos demais estados, ocupando assim, o 6º lugar das despesas realizadas no ano referência.

Por fim, o resultado do quociente encontrado através da divisão entre o Índice de Bem-Estar e Índice de Insumo, equivale ao Índice de Qualidade do Gasto Público – IQGP, o objetivo deste estudo. Os resultados são demonstrados na Tabela 3.

Tabela 3: IQGP – Índice de Qualidade do Gasto Público na área da saúde - 2011.

UF	ÍNDICE DE BEM-ESTAR	ÍNDICE DE INSUMO	IQGP	RANKING
PA	0,32	0,03	10,14	1
GO	0,61	0,12	5,22	2
MA	0,39	0,07	5,14	3
BA	0,52	0,13	3,90	4
AL	0,47	0,15	3,18	5
PB	0,59	0,22	2,67	6
PI	0,47	0,18	2,58	7
CE	0,50	0,20	2,48	8
PR	0,71	0,35	2,02	9
PE	0,50	0,28	1,74	10
MG	0,65	0,39	1,67	11
SC	0,68	0,50	1,35	12
RS	0,59	0,48	1,23	13
MT	0,53	0,46	1,14	14
SE	0,46	0,44	1,04	15
ES	0,61	0,65	0,94	16
RN	0,51	0,56	0,91	17
DF	0,67	0,79	0,85	18
RO	0,46	0,56	0,82	19
SP	0,62	0,84	0,74	20
MS	0,59	0,86	0,69	21
TO	0,62	0,98	0,63	22
RJ	0,45	0,71	0,63	23
RR	0,44	0,96	0,46	24
AP	0,33	0,73	0,46	25
AM	0,28	0,73	0,39	26
AC	0,34	0,95	0,36	27

Fonte: DataSUS.
Elaboração: Autora.

O primeiro fato a ser chamado atenção é referente ao estado do Tocantins pois é importante para que possa haver melhor compreensão do IQGP. Ao tratar de qualidade do gasto público, deve-se lembrar do termo: “fazer mais com menos”. O resultado de melhor classificação no Índice de Insumo não garantiu sua qualidade do gasto público de Tocantins ficasse entre os melhores. Isso porque, a cada R\$ 0,98 de insumo alocado, ele obtém 0,62 de resultado.

Diferentemente do estado do Pará, que apresentou melhor IQGP de 10,32. Se considerasse somente o seu Índice de Bem-Estar, aparentemente o seu resultado seria ruim (no que tange a qualidade do gasto público). Contudo, para cada 0,32 de resultado, foi-se aplicado R\$ 0,03 de insumo. Nota-se então a importância de se avaliar todas as variáveis em questão.

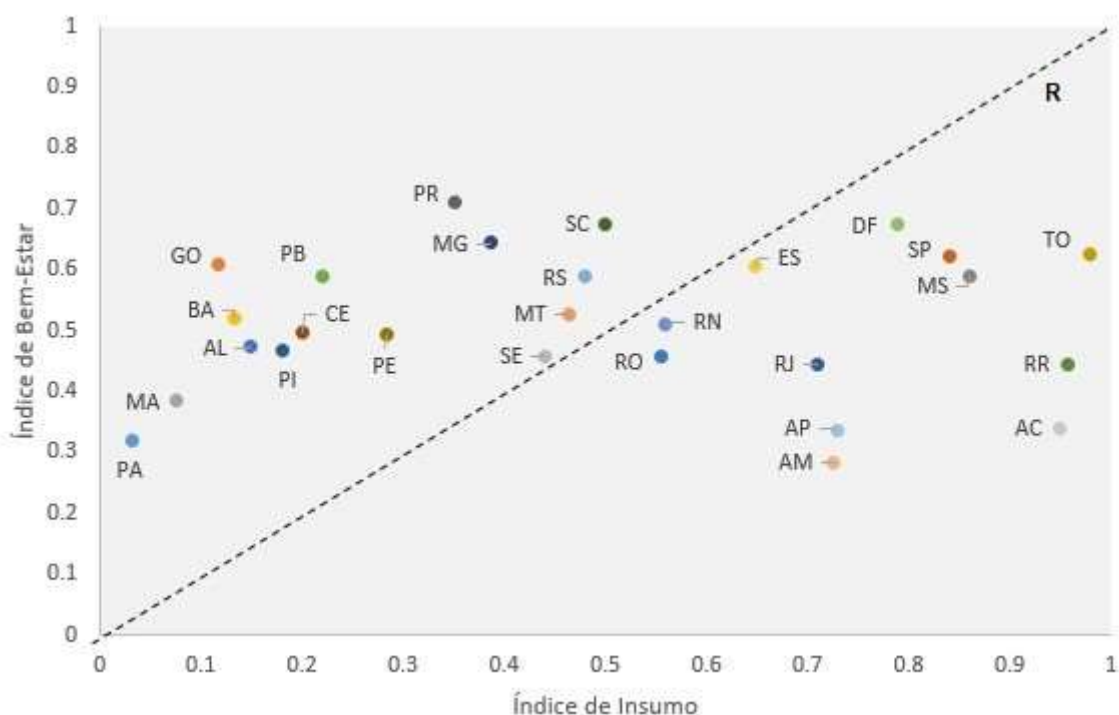
Cumprе salientar que toda análise feita neste artigo é focado no IQGP. Ao comparar os Índices de Bem-Estar de Tocantins com o Pará, pode-se gerar dúvidas quanto ao resultado. Acontece que o estado do Pará pode até ter a maior qualidade de gasto público porém, não apresenta o melhor resultado de bem-estar para a sociedade.

O Distrito Federal por sua vez, ocupou a 18ª posição, apresentando um nível de qualidade de 0,85, considerado um resultado de ineficiência. Para cada R\$ 0,79 de insumo alocado, o DF obteve 0,67 de resultado. O seu IBE é o terceiro melhor do Brasil, mas para atingir esse resultado, o dispêndio feito pelo estado foi consideravelmente elevado em relação aos demais.

O resultado ruim do DF pode ser explicado ainda através da afirmação de Brunet, Bertê e Borges (2007) que diz que “na função Saúde, a qualidade da despesa é melhor quando o insumo é menor, devido ao fato de que o seu aumento se reflete em poucas melhorias nos indicadores de resultado lecionados”.

Para melhor análise, os resultado índice pode ser exposto ainda através do seguinte gráfico:

Gráfico 1: IQGP – 2011.



Fonte: DataSUS.
Elaboração: Autora.

O gráfico de dispersão demonstra o comportamento das variáveis. No eixo Y, são apresentados os valores equivalentes ao Índice de Bem-Estar, e no eixo X, os valores resultantes do Índice de Insumo.

A reta R significa um ponto “neutro”, uma vez que, para um estado permanecer no mesmo segmento que ela, seu Índice de Bem-Estar e o Índice de Insumo devem resultar valores iguais. Nota-se que o estado de Sergipe é o mais próximo a ela, pois a diferença de seus resultados é de 0,02.

Os estados acima da reta R, são aqueles que obtiveram resultado de IQGP maior que um. Ou seja, seu Índice de Bem-Estar é maior que o Índice de Insumo, resultando no IQGP considerado de eficiência.

Já os que se encontram abaixo da reta R, apresentam realidade contrária ao de eficiência. Esses realizam dispêndio maiores que o Índice de Bem-Estar, como é o caso do Distrito Federal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou descobrir o nível de qualidade na alocação de recursos na área da saúde do estado do Distrito Federal. Para a consecução desse objetivo, utilizou-se o método criado por Brunet, Bertê e Borges (2007) denominado Índice de Qualidade do gasto público, que busca a relação entre as despesas realizadas e o bem-estar da sociedade de um respectivo estado.

Assim, o objetivo geral de analisar o desempenho do gasto público do Distrito Federal foi alcançado, visto que foram calculados o seu Índice de Insumo e o seu Índice de Bem-Estar. Na busca de respostas para as questões colocadas, realizaram-se pesquisas descritivas, bibliográficas e documental.

No que tange ao Índice de Bem-Estar, o Distrito Federal apresentou um bom resultado comparado aos demais. O seu índice equivaleu a 0,67, o que instituiu seu terceiro lugar no *ranking*. Para esse índice, cumpre ressaltar que quanto mais próximo de um, melhor o nível de gestão e que esse não equivale a qualidade do bem-estar da sociedade.

Já o Índice de Insumo, por mais que o *ranking* seja ainda em ordem decrescente, quanto menos o estado realiza despesa, melhor será o resultado do IQGP. O DF foi o 6º estado que mais realizou dispêndios na área da saúde no ano de 2011, sendo gasto R\$ 843,41 por habitante.

Por conseguinte, a divisão entre o Índice de Bem-Estar e o Índice de Insumo resulta no IQGP. Para cada R\$ 0,79 de recursos alocados, o DF obtém 0,67 de resultado.

Assim, o nível de qualidade do gasto público do Distrito Federal é de 0,85. Ao avaliar esse resultado, constatou-se a ineficiência dos recursos alocados na área da saúde do estado, pois foi necessário um elevado dispêndio para alcançar o bom resultado. Dessa forma, fundamentado nas informações decorrentes deste estudo, entende-se que há uma necessidade de reavaliação de montante alocado para função.

Como limitação para realização desta pesquisa, registra-se a dificuldade de coletar dados necessários para o cálculo, uma vez que todos eles devam ser de

um mesmo ano. De início, a opção era de realizar o estudo do ano mais recente porém, dados desatualizados e o desordenado site que dispõe para consulta dificultaram, mudando assim, o ano referência.

A partir do resultado apresentado, sugere-se estudos que possam identificar variáveis que justifiquem o elevado dispêndio realizado pelo DF. Sugere-se também que realize novas pesquisas utilizando o IQGP em outras funções governamentais básicas, tais como: segurança, educação, etc.

REFERÊNCIAS

BEUREN, Ilse Maria et *al.* **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2003.

BORGES, Matheus Fachin. **Qualidade do gasto público municipal: uma abordagem microrregional para o estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: UFRGS, 2010.

BRUNET, Júlio Francisco Gregory; BERTÊ, Ana Maria de Aveline; BORGES, Clayton Brito. **Estudo comparativo das despesas públicas dos estados brasileiros: um Índice de Qualidade do Gasto Público**. Brasília: ESAF, 2007.

_____. **Qualidade do gasto público em educação nas redes públicas estaduais e municipais**. Brasília: CONSAD, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 1988.

_____. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. **Programa de eficiência do gasto**. 2010. Disponível em:
<http://www.orcamentofederal.gov.br/eficiencia-do-gasto/Cartilha_PEG.pdf>.
Acesso em: 10 de out. 2015.

_____. Lei complementar nº 101/00. **Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências**. Brasília: 2000.

_____. Lei nº 4320/64. **Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal**. Brasília: 1964.

_____. Lei orgânica nº 8080/90. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília: 1990.

_____. Emenda constitucional nº 29/00. **Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde**. Brasília: 2000.

COMISSIÓN ECONÓMICA PARA A AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (Cepal). **Equidad, desarrollo y ciudadanía**. Santiago, 2000. Disponível em:

<http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2686/S2006536_es.pdf?sequence=2>. Acesso em: 12 out. 2015.

GIACOMONI, James. **Orçamento público**. 16. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

JANUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas**. Campinas: Ed. Alínea, 2001.

KOHAMA, Heilio. **Contabilidade pública: teoria e prática**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MAIA, Alexandre et *al.* **A importância da melhoria da qualidade do gasto público no Brasil: propostas práticas para alcançar este objetivo**. Brasília: CONSAD, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PIRES, João Batista Fortes de Souza. **Contabilidade pública: teoria e prática**. 7. ed. Brasília: Franco & Fortes, 2002.

REZENDE, Fernando. **Finanças públicas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

RIANI, Flávio. **Economia do setor público: uma abordagem introdutória**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

SILVA, Antônio Carlos Ribeiro. **Metodologia da pesquisa aplicada à contabilidade**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

VARELA, Patrícia Siqueira. **Financiamento e controladoria dos municípios paulistas no setor saúde: uma avaliação de eficiência**. São Paulo: USP, 2008.

DATASUS. Indicadores de saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>. Acesso em: 01 nov. 2015.

GLOBO. Publicação de 19/08/2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2014/08/pesquisa-diz-que-93-estao-insatisfeitos-com-sus-e-saude-privada.html>>. Acesso em: 14 out. 2015.

APÊNDICE A – INDICADORES DE SAÚDE

UF	Taxa de Incidência AIDS	EP	Índice	Taxa de Incidência engue	EP	Índice	Mortalidade Neonatal Precoce	EP	Índice	Taxa Incidência Tuberculose	EP	Índice	Mortalidade Materna	EP	Índice
RO	-23.09	-0.40	0.34	-182.18	0.50	0.69	-8.53	-0.01	0.50	-35.59	-0.02	0.50	-86.70	-1.26	0.10
AC	-10.05	1.19	0.88	-2427.16	-3.64	0.00	-8.91	-0.19	0.42	-46.89	-0.85	0.20	-100.00	-2.25	0.01
AM	-29.62	-1.20	0.12	-1740.74	-2.38	0.01	-10.20	-0.80	0.21	-61.72	-1.93	0.03	-59.60	0.77	0.78
RR	-28.03	-1.01	0.16	-282.94	0.32	0.63	-7.92	0.28	0.61	-32.81	0.18	0.57	-66.70	0.24	0.59
PA	-19.05	0.09	0.54	-216.53	0.44	0.67	-11.31	-1.33	0.09	-49.18	-1.01	0.16	-87.10	-1.29	0.10
AP	-20.17	-0.05	0.48	-392.81	0.12	0.55	-12.28	-1.79	0.04	-33.17	0.15	0.56	-83.30	-1.00	0.16
TO	-12.78	0.86	0.81	-666.65	-0.39	0.35	-8.74	-0.11	0.46	-13.56	1.58	0.94	-57.70	0.91	0.82
MA	-17.48	0.28	0.61	-153.33	0.56	0.71	-11.28	-1.31	0.10	-33.13	0.16	0.56	-86.70	-1.26	0.10
PI	-11.30	1.04	0.85	-308.63	0.27	0.61	-11.88	-1.60	0.05	-26.72	0.62	0.73	-71.10	-0.09	0.46
CE	-13.45	0.78	0.78	-705.59	-0.46	0.32	-9.61	-0.52	0.30	-43.63	-0.61	0.27	-62.50	0.55	0.71
RN	-12.35	0.91	0.82	-650.99	-0.36	0.36	-8.82	-0.15	0.44	-31.26	0.29	0.61	-78.80	-0.67	0.25
PB	-11.47	1.02	0.85	-286.26	0.31	0.62	-8.23	0.13	0.55	-28.78	0.47	0.68	-80.60	-0.80	0.21
PE	-19.46	0.04	0.52	-185.18	0.50	0.69	-8.78	-0.13	0.45	-49.09	-1.01	0.16	-62.00	0.59	0.72
AL	-13.14	0.81	0.79	-246.55	0.39	0.65	-9.53	-0.48	0.32	-34.96	0.02	0.51	-67.90	0.15	0.56
SE	-13.49	0.77	0.78	-117.52	0.62	0.73	-12.18	-1.74	0.04	-27.32	0.58	0.72	-75.90	-0.45	0.33
BA	-12.92	0.84	0.80	-257.38	0.37	0.64	-8.59	-0.04	0.48	-37.29	-0.15	0.44	-58.40	0.86	0.81
MG	-14.13	0.69	0.75	-172.54	0.52	0.70	-6.07	1.15	0.87	-20.37	1.09	0.86	-81.10	-0.84	0.20
ES	-20.86	-0.13	0.45	-922.79	-0.86	0.19	-6.94	0.74	0.77	-35.55	-0.02	0.49	-43.80	1.95	0.97
RJ	-32.45	-1.55	0.06	-981.74	-0.97	0.17	-5.73	1.31	0.90	-72.27	-2.70	0.00	-57.30	0.94	0.83
SP	-21.88	-0.25	0.40	-261.78	0.36	0.64	-5.75	1.31	0.90	-40.02	-0.35	0.36	-61.00	0.66	0.75
PR	-19.03	0.09	0.54	-273.07	0.34	0.63	-6.16	1.11	0.87	-22.41	0.94	0.83	-60.80	0.68	0.75
SC	-38.21	-2.25	0.01	-2.15	0.84	0.80	-5.60	1.38	0.92	-28.13	0.52	0.70	-63.60	0.47	0.68
RS	-41.58	-2.66	0.00	-3.02	0.84	0.80	-5.40	1.47	0.93	-46.61	-0.83	0.20	-44.80	1.87	0.97
MS	-18.08	0.21	0.58	-250.61	0.38	0.65	-7.34	0.55	0.71	-36.93	-0.12	0.45	-75.90	-0.45	0.33
MT	-22.59	-0.34	0.37	-163.95	0.54	0.71	-9.23	-0.34	0.37	-37.58	-0.17	0.43	-79.40	-0.71	0.24
GO	-15.49	0.53	0.70	-380.04	0.14	0.56	-8.68	-0.08	0.47	-14.74	1.50	0.93	-70.30	-0.03	0.49

APÊNDICE A – INDICADORES DE SAÚDE (CONTINUAÇÃO)

UF	Percentual de Crianças com Baixo Peso ao Nascer	EP	Índice	Cobertura de consultas de pré-natal (7 ou mais consultas)	EP	Índice	Expectativa de vida	EP	Índice
RO	-6.77	1.65	0.95	51.32	-0.22	0.41	70.32	-0.99	0.16
AC	-7.50	0.73	0.77	31.79	-1.56	0.06	72.11	-0.30	0.38
AM	-7.33	0.95	0.83	36.32	-1.25	0.11	70.64	-0.87	0.19
RR	-7.64	0.56	0.71	40.18	-0.98	0.16	69.87	-1.16	0.12
PA	-7.37	0.90	0.82	39.84	-1.01	0.16	67.73	-1.99	0.02
AP	-8.31	-0.28	0.39	32.74	-1.49	0.07	72.47	-0.16	0.44
TO	-6.99	1.38	0.92	49.32	-0.36	0.36	71.89	-0.38	0.35
MA	-7.39	0.87	0.81	31.18	-1.60	0.05	70.02	-1.11	0.13
PI	-7.77	0.40	0.66	44.53	-0.69	0.25	70.12	-1.07	0.14
CE	-7.95	0.17	0.57	56.91	0.16	0.56	72.65	-0.09	0.46
RN	-8.27	-0.23	0.41	53.21	-0.09	0.46	74.41	0.59	0.72
PB	-7.21	1.10	0.86	59.32	0.33	0.63	71.59	-0.50	0.31
PE	-7.89	0.24	0.59	55.08	0.04	0.52	71.65	-0.48	0.32
AL	-7.68	0.51	0.70	40.72	-0.95	0.17	69.61	-1.26	0.10
SE	-8.08	0.01	0.50	46.01	-0.58	0.28	71.31	-0.61	0.27
BA	-8.40	-0.40	0.34	44.53	-0.69	0.25	72.20	-0.26	0.40
MG	-9.56	-1.86	0.03	71.32	1.15	0.87	75.82	1.13	0.87
ES	-8.36	-0.35	0.36	61.99	0.51	0.70	76.36	1.34	0.91
RJ	-9.11	-1.29	0.10	64.79	0.70	0.76	74.56	0.65	0.74
SP	-9.30	-1.53	0.06	78.40	1.64	0.95	76.47	1.38	0.92
PR	-8.58	-0.62	0.27	82.05	1.89	0.97	75.49	1.00	0.84
SC	-8.09	-0.01	0.50	69.14	1.00	0.84	77.32	1.71	0.96
RS	-9.47	-1.74	0.04	71.09	1.14	0.87	76.32	1.32	0.91
MS	-7.94	0.18	0.57	64.51	0.68	0.75	74.12	0.48	0.68
MT	-7.36	0.91	0.82	65.92	0.78	0.78	72.92	0.01	0.50
GO	-8.25	-0.21	0.42	64.56	0.69	0.75	73.31	0.16	0.56
DF	-9.70	-2.03	0.02	65.36	0.74	0.77	76.67	1.46	0.93